



وزارة الصحة

مدير عام مستشفى الامير حمزة
مدير ادارة مستشفيات البشير
مدير ادارة الرعاية الصحية الاولى
مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات
مدير مديرية صحة
مدير مستشفى

الرقم
التاريخ تعليم/بعثات / 2018
الموافق 03/02/2026

تحية طيبة وبعد ،،،

اشارة الى كتاب المجلس الطبي الاردني رقم م ج ا/ 2422/21 تاريخ 2020/6/10 بخصوص الموافقة على اعتماد البرنامج التدريبي في جراحة الترميم والتجميل في ادارة مستشفيات البشير .

أرجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الجراحة العامة للتدرب في ادارة مستشفيات البشير في اختصاص جراحة التجميل ولمدة ثلاث سنوات .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الجراحة العامة التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصص المذكور أعلاه وحسب الشروط التالية :

- 1- ان لا يزيد عمر المرشح عن 45 عاما .
- 2- ان يكون الطبيب حاصلًا على البورد الاردني او ما يعادله .
- 3- احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب أخصائي بتاريخ حديث .

وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي / وزارة الصحة بالنماذج بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد أقصاه خمسة أيام عمل من تاريخه وذلك على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات تنافسيا حسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .

علما بانه وحسب الكتاب رقم تعليم/بعثات/ 15775 تاريخ 2022/11/14 سيتم حرمان المبعوث من اي بعثة الا بعد مضي ثلاث سنوات وذلك في حال انسحابه من البعثة .

كما يرجى التأكيد على الاطباء الراغبين بالترشح الجدية التامة عند التقديم ، حيث انه وبعد صدور كتاب الموافقة على الحاق الطبيب لن يتم ترشيحه لاي برنامج اخر خلال العام حال استنكافه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة
الدكتور إبراهيم البدور

نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .
نسخة/رئيس اختصاص الجراحة العامة .
نسخة/رئيس اختصاص جراحة التجميل والحروق .

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

الرقم الوطني:	الرقم
---------------	-------

المعلومات الشخصية	
الاسم الأول:	الأب:
الاسم باللغة الإنجليزية:	العائلة:
تاريخ الميلاد:	عنوان السكن:
رقم الهاتف الخليوي:	رقم هاتف المنزل:
	الحالة الاجتماعية:

المؤهلات العلمية (آخر مؤهل علمي):	
☐ دبلوم ()	☐ بكالوريوس ()
☐ دبلوم عالي ()	☐ ماجستير ()
☐ غير ذلك (افكر)	مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:
التخصص:	المسمى الوظيفي:
تاريخ التعيين في الوزارة:	الدرجة الحثية:

مكان العمل:	اسم مكان العمل:
المحافظة:	رقم الهاتف:
☐ مركز صحي ☐ مستشفى ☐ مثيرية ختنة ☐ مديرية مركزية	

ارغب بالالتحاق في:

للاستعمال الرسمي:	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل:
تنسيب الرئيس المباشر مع التوقيع: ☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا
تنسيب المدير المعني مع التوقيع: ☐ نعم ☐ لا	
اسم مقدم الطلب والتوقيع:	التاريخ:

- ملاحظات:
- يرفق مع الطلب صورة عن هوية الأحوال المدنية.
 - صورة عن شهادة الثانوية العامة التي تحمل الممثل.
 - صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل الممثل.
 - سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تعينه حسب الأصول.